UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 130

LE DEVENIR

DE

L'AMBLYOPIE STRABIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 20 juillet 1936

PAR

Jean RICHARD-NICOLAS

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à TUNIS (Tunisie), le 1er décembre 1911

Examinateurs de la Thèse

MM. TEULIÈRES, professeur ..... *Président.*

BÉGOUIN, professeur. .....

BEAUVIEUX, agrégé ... . *Juges.*

WANGERMEZ, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 130

LE DEVENIR
DE
L'AMBLYOPIE STRABIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 20 juillet 1936

PAR

Jean RICHARD-NICOLAS

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à TUNIS (Tunisie), le 1er décembre 1911

Examinateurs de la Thèse

MM. TEULIÈRES, professeur	*Président*	
BÉGOUIN, professeur.	*Juges*	
BEAUVIEUX, agrégé	*Juges*	
WANGERMEZ, agrégé.....	*Juges*	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEUBET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM
Physiologie	FABRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
Médecine opératoire	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceut que	WANGERMEZ.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Urologie	DARGET.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE MATERNEL

A LA MEMOIRE DU DOCTEUR BERNASCONI

A MA GRAND-MERE

A MON PERE

Qu'il trouve dans ce modeste ouvrage la récompense de tous ses sacrifices et le témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MA MERE

Avec toute ma tendresse.

A MES FRERE ET SŒURS

A MON BEAU FRERE

A MES NEVEU ET NIECES

A MES ONCLES ET TANTES

A MA FEMME

A MON PETIT PHILIPPE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA BELLE-SŒUR

A MADAME CHENEL

A LA FAMILLE DE MA FEMME

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

AUX PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef BRUN

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

A MES JUGES

A Monsieur le Professeur agrégé BEAUVIEUX

Ophtalmologiste des hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.

Vous m'avez inspiré l'idée de ce travail; veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude pour l'aide et les conseils que vous m'avez donnés.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur TEULIERES

Professeur de Clinique ophtalmologique,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

En reconnaissance de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Au moment de mettre, par ce modeste travail, le point final à nos études médicales, c'est pour nous un devoir de reconnaissance bien doux à remplir que d'exprimer toute notre gratitude à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux et à nos professeurs de l'Ecole du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales, pour le dévouement avec lequel ils nous ont prodigué leur enseignement et aidé de leurs conseils.

Nous voulons tout spécialement remercier M. le Professeur agrégé Beauvieux, qui a bien voulu nous suggérer l'idée de ce travail, et surtout apporter à sa rédaction l'aide de ses avis éclairés et de sa grande expérience.

Nos remerciements vont aussi à M. le Professeur Teulières, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de nous permettre de faire dans son service toutes les recherches qui nous étaient nécessaires.

Enfin, nous assurons de toute notre gratitude les Docteurs Collin, Delord et Swett, qui ont bien voulu s'intéresser à notre thèse.

LE DEVENIR

DE

L'AMBLYOPIE STRABIQUE

INTRODUCTION

Le problème pathogénique de l'amblyopie du strabisme est un des problèmes les plus discutés de l'ophtalmologie. Actuellement encore, deux théories tentent de l'expliquer, mais l'accord n'est pas encore fait. Il est pourtant d'une importance capitale de connaître la pathogénie de cette affection, car c'est elle qui conditionne le traitement.

Nous avons donc cherché à savoir ce qu'était devenue l'acuité visuelle de cent strabiques, dont l'amblyopie était égale ou inférieure à 3/10.

Pour que les résultats obtenus eussent plus de valeur, nous avons rejeté tous les cas dans lesquels le temps écoulé entre deux mesures de l'acuité visuelle était inférieur à trois ans.

C'est pour tenter d'éclairer la pathogénie de l'amblyopie de ces sujets que nous avons recherché l'avenir de leur acuité visuelle. C'est pour cela que nous avons intitulé notre thèse : *Le devenir de l'amblyopie strabique.*

En nous basant sur les résultats acquis, nous pouvons alors dire que si les moyens orthoptiques qui redressent le stra-

bisme améliorent l'amblyopie, c'est que cette amblyopie est secondaire au strabisme.

Au contraire, lorsque tous les moyens orthoptiques longtemps et rationnellement employés n'arrivent pas à relever l'acuité visuelle, ou ne la relèvent que très peu, nous aurons le droit de penser, sans pouvoir le prouver d'ailleurs, que l'amblyopie précédait le strabisme et en était la cause.

Notre travail comprend donc une étude historique des théories qui ont tenté d'expliquer l'amblyopie strabique.

Dans une deuxième partie, nous donnons les 100 observations (dont 74 inédites), que nous avons pu, soit recueillir nous-même dans le service de M. le Professeur agrégé Beauvieux, dans le service de M. le Professeur Teulières, ou à la clinique Paul-Bert, soit glaner dans la littérature, et, dans ce cas, nous avons indiqué la référence en tête de chaque observation.

Enfin, dans une troisième partie, nous résumons les conclusions que nous avons cru pouvoir tirer de l'étude de ces observations.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le strabisme a été connu de tout temps, car c'est une affection des plus visibles. On en trouve la description chez les anciens, et surtout chez les Arabes, qui savaient l'améliorer à l'aide de la louchette.

Mais il faut arriver jusqu'en 1743 pour que Buffon parle de la faiblesse de l'œil dévié; il était atteint de strabisme et put ainsi l'étudier sur lui-même. Il considère cette faiblesse de l'œil comme congénitale.

Ce n'est qu'à partir de cette époque que l'on parle de l'amblyopie du strabisme, et c'est J. Plenck qui, en 1788, lui donne son nom d'amblyopie et la considère comme cause du strabisme.

Depuis, ce problème a fait couler beaucoup d'encre...

Deux théories ont été soutenues alternativement, avec des fortunes diverses :

La première dit que l'amblyopie est congénitale ou consécutive à une lésion du fond de l'œil, mais toujours primitive. L'œil qui ne sert pas à la vision, œil inutile, est dévié. Le strabisme n'est donc que la conséquence.

La deuxième théorie veut, au contraire, que le strabisme soit primitif; secondairement, l'œil dévié devenant inutile perd son acuité visuelle.

Partisans de l'amblyopie congénitale.

Les partisans de cette théorie furent d'abord Mayor de Ballens en 1808, Lawrence en 1828, Pravaz en 1830, Velpeau en 1841 et Alfred Graefe, qui, en 1863, nie qu'il y ait des

observations où l'amblyopie soit absolument consécutive au strabisme.

Ce n'est qu'en 1874, avec Abadie, que des faits furent vraiment opposés aux théories. Cet auteur démontre que l'amblyopie est congénitale, d'abord parce que les sujets qui sont opérés de la cataracte après des années conservent derrière leur cristallin opaque une acuité visuelle normale indéfiniment. D'autre part, et c'est là l'œuvre constructive d'Abadie, il y a toujours des lésions congénitales du fond de l'œil, visibles à l'ophtalmoscope, et qui conditionneraient l'amblyopie.

Schweigger (1881) nie également qu'il y ait une amblyopie par non-usage. Pourquoi, demande-t-il, lorsque l'amblyopie existe dans la position normale des yeux l'apelle-t-on congénitale, et quand elle existe dans le strabisme la rapporte-t-on à un défaut d'usage ?

Caillaud pense, avec Schweigger, que l'amblyopie sans lésions décelables à l'ophtalmoscope préexiste au strabisme.

En 1921, Morax, à la Société française d'ophtalmologie, dit n'avoir jamais observé de modifications de la vision par occlusion de l'œil sain.

La même année, Poulard résume les arguments pour lesquels il lui semble que l'amblyopie *ex anopsia* n'existe pas :

Quand sur l'œil strabique on constate une cataracte, une tache de choroïdite, on n'ose pas dire que cela vient de la déviation, et pourtant on le dit de l'amblyopie. Tout le monde est d'accord pour dire qu'il existe des amblyopies congénitales sans lésions à l'ophtalmoscope; mais on a coutume de ne les admettre que chez les non-strabiques.

Prenons le cas d'un enfant qui louche depuis un an. Il a une vision de 3/10; il a donc perdu 7/10 en un an. Or, il conservera toujours la même vision.

Chez l'adulte dont on connaît l'acuité visuelle avant que ne s'installe la déviation, les constatations sont défavorables à la thèse de l'amblyopie *ex anopsia;* pourquoi ne pas raisonner par analogie chez l'enfant ?

Quand un œil voyant clair se met en strabisme paralytique, jamais son acuité visuelle ne diminue.

Pourquoi y a-t-il donc retour à la vision après exercice de l'œil amblyope ? A cette question, Poulard répond qu'il n'a jamais pu améliorer la vue d'un seul œil atteint d'amblyopie strabique.

Au Congrès d'Amsterdam, en 1929, Morton dit que les yeux strabiques sont congénitalement amblyopes par diminution de la sensibilité maculaire.

Enfin, dernièrement, Cl. Worth, dont les opinions en matière de strabisme font autorité dans les pays de langue anglaise, dans son livre sur le strabisme paru en 1930, écrit que l'amblyopie précède la déviation. En provoquant l'anisométropie artificielle au moyen de verres cylindriques de fort degré, il arrive à exclure un œil de la vision binoculaire.

Pour lui, la cause du strabisme serait dans le défaut de la faculté de fusion.

Partisans de l'amblyopie « ex anopsia ».

Parmi les adeptes les plus célèbres de l'amblyopie *ex anopsia*, et à la suite de J. Plenck, nous trouvons successivement : Demours (1818), Weller (1828), Velpeau, Rute, Scarpa, Hélie (1841), Jungken, Andréa, Boyer et Arlt (1842).

Pour Desmares, en 1847, l'habitude de ne se servir que d'un œil est une cause de strabisme. La guérison n'est donc qu'une question d'exercices.

Il cite un cas de guérison à la suite d'une kératite qui atteint l'œil sain.

On peut encore citer Mackenzie (1856), Donders (1863), qui déclare avoir constaté que, dans le strabisme, la netteté de la vision s'affaiblit progressivement pour l'œil dévié.

Puis vient de Graefe. Pour lui, la diminution de l'acuité visuelle résulte de l'habitude prise de neutraliser l'image rétinienne de l'œil dévié; c'est ce qui explique l'absence de diplopie dans le strabisme. Cet auteur obtient des améliorations réelles grâce à des exercices postopératoires.

Ces idées furent vigoureusement combattues par Abadie et Schweigger en 1888. Entre ces deux clans, les autres auteurs flottent. Ainsi Javal. Dans sa thèse, en 1868, et dans des ouvrages ultérieurs, il conclut que l'amblyopie ne tient pas uniquement à un défaut d'exercice, car la rétine reste indéfiniment saine derrière une cataracte. Mais elle n'est pas non plus la cause du strabisme, car on ne la rencontre jamais au début de cette infirmité; il admet l'incurabilité de cette amblyopie. Telle fut son opinion jusqu'en 1894, époque à laquelle il rencontra dans sa propre famille un cas qui élucida parfaitement cette question, et il comprit que l'amblyopie *ex anopsia* est curable. Il en a publié de très nombreuses observations.

Panas objecte à Abadie qu'on ne constate aucune altération du fond de l'œil à l'ophtalmoscope. L'amblyopie est proportionnelle à la durée du strabisme et elle est curable : cas d'un homme qui perdit son œil non amblyope et qui, un an après, pouvait lire les plus petits caractères d'imprimerie.

Lewuillon, dans sa thèse, en 1893, défend avec vigueur la théorie de l'amblyopie *ex anopsia*.

En 1899, Parinaud (Paris), Hoor (Klausenburg), Sachs, Schnabell, Klein, tous trois de Vienne, affirment l'amblyopie *ex anopsia* sans d'ailleurs apporter d'arguments nouveaux.

En 1909, Gonin (Lausanne), Oufray et Sauvineau pensent que l'amblyopie congénitale du strabisme est l'exception, l'amblyopie *ex anopsia* la règle.

L'Ecole bordelaise, avec le Professeur Lagrange et ses élèves, Moreau (thèse 1901), Ginestous (thèse 1901), Cosse (thèse 1899), conclut de même que, dans la majorité des cas, l'amblyopie est la conséquence du strabisme et qu'elle est d'autant plus marquée que la déviation est plus ancienne.

En 1921, à la Société française d'ophtalmologie, le Professeur Lagrange, se basant sur de nombreuses observations systématiques faites pendant quatorze ans sur des enfants, appuie encore sur le parallélisme qui existe entre l'ancienneté de la déviation et la diminution de l'acuité visuelle.

De 1912 à 1914, Oufray, Bates, Jeandelize, approuvent entièrement ces conclusions. Jeandelize rapporte les effets favorables du synoscope de Terrien sur l'amblyopie *ex anopsia*.

Le professeur Terrien s'exprime ainsi en 1914 : « Cette amblyopie est, en somme, une amblyopie fonctionnelle, améliorable par l'exercice », car, en effet, « l'acuité visuelle est très différente suivant les races, et bien supérieure chez les sauvages et les individus habitués à l'exercice. Mais aussi, dans quelques cas, l'œil est exclu de la vision afin de neutraliser la fausse image ».

Morax, en 1921, reconnaît qu'une amélioration peut être obtenue par l'exercice, mais à condition que l'acuité visuelle ne soit pas inférieure à 7/10.

Dans les *Archives d'ophtalmologie*, en 1924, Bettremieux s'élève contre le « paradoxe dangereux » que l'amblyopie par strabisme n'existe pas, laissant croire qu'il n'y a pas d'inconvénient à abandonner à elle-même une déviation strabique.

A la même époque, Lacroix, Luedde, Schaaf et Bates apportent des cas où il y a une amélioration importante de l'acuité visuelle.

En 1935, Delord (Nîmes) revient encore sur ses importantes publications de 1921 à la Société française d'ophtalmologie, et aux 35 cas d'amélioration de l'acuité visuelle qu'il avait alors apportés, il ajoute quelques observations récentes.

Ses conclusions sont les suivantes : l'amélioration peut être obtenue dans la majorité des cas, à condition que le sujet soit docile et patient; l'âge n'est pas indifférent, et le meilleur se trouve entre 5 et 9 ans, car au-dessous on ne peut se rendre compte de l'acuité visuelle de l'enfant, et au-dessus celui-ci n'accepte plus l'occlusion de l'œil sain.

L'amélioration s'obtient généralement en six mois; mais elle ne dépasse pas une certaine limite, variable avec chaque enfant.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Les 100 observations que nous avons recueillies l'ont été, les unes dans le service de M. le Professeur Teulières, les autres dans le service ou à la clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux; certaines sont dues à l'obligeance de M. le Docteur Collin et de M. le Docteur Swett; enfin, 25 ont été prises dans la littérature.

Nous les avons classées d'après la durée de l'observation et en commençant par les cas qui s'étendent sur le plus grand nombre d'années.

En tête de chaque observation, nous avons indiqué sa référence. Enfin, nous avons terminé par un tableau récapitulatif, où se trouve :

— le numéro de l'observation;
— l'âge du sujet;
— son acuité visuelle avant le traitement;
— le temps écoulé entre deux observations;
— l'acuité visuelle après ce laps de temps.

Observation I (Personnelle).

L... (Aurélien), 11 ans.
Début à 4 ans d'un strabisme interne de O. G.
Depuis 1899 :

V. O. D. = 2/3.
V. O. G. = 0,25 sans correction.

Ténotomie du droit interne et avancement du droit externe.
Louchette sur O. D. Atropine matin et soir pendant quinze jours.
Ne louche plus avec les verres.
Exercices stéréoscopiques.
Le 1er février 1936 : V. O. D. G. = 2/3.
Donc gain de 4/10.

Observation II (Personnelle).

L....(Lucienne), 10 ans.
Le 6 janvier 1921 : Strabisme interne congénital de O. D. Mauvaise acuité visuelle de O. D. Mauvaise fixation, qui se fait avec des mouvements nystagmiformes.

O. D. V. = 0,15 sans correction.

Légère amélioration avec + 2.

O. G. V. = 1.

Après un mois de lunettes et d'exercices, une demi-heure par jour, le strabisme, dans l'ensemble, a diminué : O. D. redressé à la fixation; V = 0,2.
Le 23 janvier 1936 : Malgré une année de louchette faite régulièrement une heure par jour, l'acuité de O. D. est restée à 0,2.
Le strabisme a presque disparu.
Etat sensiblement stationnaire de la vision.

Observation III

(E. Javal, *Manuel du strabisme*, obs. 288).

Août 1880. — D... (Maurice), 11 ans 1/2.
Strabisme convergent O. G.
Depuis l'âge de 2 ans 1/2, O. G. V. = 1/16.
Louchette. Stéréoscope.
24 octobre 1895 : V. O. G. = 1/4.
Gain de 2/10.

Observation IV (Personnelle).

S... (Henri), 6 ans.

Le 18 janvier 1923 : Strabisme interne de O. G.

O. D. V. = 0,4 avec + 2.

O. G. V. = 0,3 avec + 2.

Le 1er février 1936 : Disparition spontanée du strabisme vers 13 ans.

Actuellement :

V. O. D. = 1.

V. O. G. = 0,7.

Ne porte pas de lunettes.

Strabisme inapparent.

Gain de 4/10.

Observation V (Personnelle)

A... (Marthe), 12 ans.

Le 21 avril 1925 : Strabisme externe de O. D.

V. O. D. + 1 = 0,1.

V. O. G. + 1 = 1.

Verres. Louchette.

Le 21 janvier 1936 : V. O. D. = 0,2 sans correction.

Gain de 1/10 seulement.

Observation VI (Personnelle).

L... (Irène), 15 ans.

Le 10 septembre 1896 : Strabisme interne de 8 mm. de O. G.

V. O. G. = 0,3.

Le 17 septembre 1898 : Double ténotomie. Louchette sans trou. Atropine. Verres.

En 1908 : O. G. V. = 2/3.

Donc gain de 3/10.

Observation VII (Personnelle)

B... (Roger), 8 ans.

Le 8 octobre 1925 : Strabisme interne de O. G. depuis la naissance.

O. D. + 3, V. = 0,8.
O. G. + 3,5, V. = 1/20.

Vers 13 ou 14 ans, son strabisme a disparu spontanément.

Le 25 janvier 1936 :

V. O. D. = 1 s. c.
V. O. G. = 0,9 avec + 0,50.

Gain de 8/10.

Observation VIII (Personnelle).

B... (Raymonde), 10 ans.

Le 9 septembre 1925 : Strabisme interne de l'œil droit à la suite d'une crise de vers.

V. O. D. + 3,50 = 3/10.
V. O. G. + 3,50 = 6/10.

Aucun traitement.

Le 25 janvier 1936 : A vu disparaître spontanément son strabisme vers 13 ans.

V. O. G. = 9/10 sans correction.
V. O. D. = 7/10 avec + 0,50

Gain de 4/10.

Observation IX (Personnelle).

B... (Simone), 9 ans.

Le 22 janvier 1925 : Strabisme interne de O. G. à la suite d'une crise de vers.

V. O. D. = 1/2 sans correction.
V. O. G. = < 1/10 sans correction.

Opérée en 1926 à l'Hôpital Saint-André.

Verres et exercices.

Le 1er février 1936 :

V. O. D. = 1 sans correction.

V. O. G. = 5/10 sans correction et 6/10 avec + 0,75.

Gain de 5/10.

Observation X.

(Thèse du Docteur Moreau en 1910.)

T... (Marguerite), 10 ans.

A commencé à loucher à l'âge de 3 ans.

Strabisme convergent de O. G.

Décembre 1892 :

V. O. D. = 1.

V. O. G. = 0,25.

9 août 1893 : Ténotomie du droit externe gauche. Verres pendant deux ans. Bandeau sur O. D.

En 1908 :

V. O. D. = 1.

V. O. G. = 2/3.

Pas de vision binoculaire; n'a jamais fait d'exercices stéréoscopiques, mais louche de O. D. pour lire.

Gain de 3/10.

Observation XI.

(Thèse du Docteur Moreau en 1910.)

L... (Marguerite), 16 ans.

Strabisme interne myopique O. G.

Louche depuis l'âge de 5 ou 6 ans.

Faiblesse progressive de O. G.

En 1897 : V. O. G. — 7 δ = 0,1.

En 1907 : V. O. G. = 1/7 après port de la louchette.

Etat stationnaire.

Observation XII (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

C... (Jeanne), 15 ans (n° 17.151).

En 1907 : Strabisme interne de O. G. (très marqué).

V. O. D. = 0,8.
V. O. G. = < 0,1.

Javal : O. D. G. ± 1,50.

Opérée par ténotomie du droit interne gauche sans succès. Cet œil n'a pas de fixation, nystagmus rotatoire dans le sens des aiguilles d'une montre, à secousses très rapides. Non amélioré par les cylindres.

Conseillé : sphérique + 0,5 pour le travail.

En 1917 : V. O. G. = < 0,1.

Pas d'amélioration.

Observation XIII (Personnelle).

P... (Roger), 5 ans.

En 1927 : Strabisme interne de O. G. Hérédo-syphilis. Coryza syphilitique. Traitement spécifique.

O. D. + 3, V. = 8/10.
O. G. + 4, V. = 2/10.

Double ténotomie en 1930.

Le 18 janvier 1936 : Amélioration considérable de la déviation :

V. O. D. = 1.
V. O. G. = 8/10.

Gain de 6/10.

Observation XIV.

(E. Javal, *Manuel du strabisme*, obs. 331.)

W... (Paul), 6 ans 1/2.

21 mai 1885 : Strabisme convergent O. G. survenu subitement à 20 mois.

V. = 1/20.

Louchette pendant deux ans en permanence.

5 décembre 1894 : V. = 1/16.

Pas d'amélioration de l'acuité visuelle.

Observation XV.

(Arméniac, *Mémoires et observations d'ophtalmologie pratique*, 1889, obs. I.)

Mlle de B..., 9 ans.

En septembre 1879 : Strabisme convergent de l'œil droit

V. O. D. = 1/5.

V. O. G. = 1/4.

Hypermétropie de 3,5 D. O. D. G.

Atropine et verres.

En 1888, le strabisme a disparu : V. O. D. G. = 5/9.

Gain de 2/10.

Observation XVI (Personnelle).

S... (Gilbert), 7 ans.

Le 7 juin 1928 : Strabisme interne de O. G.

O. D. + 4, V. = 2/3.

O. G. (90° + 3) + 2, V. = 0,1.

Le 18 janvier 1936 : Le malade a fait des exercices de louchette. Actuellement :

O. D. + 2, V. = 0,9.

O. G. (90° + 1,75) + 0,25, V. = 0,3.

Gain de 2/10.

Observation XVII (Personnelle).

P... (Robert), 7 ans.

Le 30 juin 1928 : Strabisme interne de O. D. :

O. D. (15° — 1,50) + 5, V. = 1/7.

Le 15 juillet 1928 : Double avancement des droits externes. Redressement parfait du strabisme. Louchette. Atropine. Verres prismatiques.

Le 23 janvier 1936 : O. D. — 0,75, V. = 6/10.

Gain de 5/10.

Observation XVIII.

(Armaignac, *Mémoires et observations d'ophtalmologie pratique*, obs. II.)

B..., 4 ans.

En 1880 : V. O. D. G. = 5/18.

Atropine et verres.

1888 : V. O. D. G. = 5/12.

Strabisme disparu, mais pas d'amélioration sensible de l'acuité visuelle.

Observation XIX.

(Armaignac, *Mémoires et observations d'ophtamologie pratique*, obs. III.)

D..., 4 ans 1/2.

Louche depuis deux ans.

Juin 1880 : Strabisme convergent de 5 mm. O. D.

V. O. D. = 4/12 avec + 3.

Atropine et verres.
1888 : V. O. D. G. = 4/6.
Gain de 4/10.

Observation XX (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières, n° 752.)

T... (Madeleine), 14 ans.
Le 27 février 1928 : Strabisme convergent : V. O. D. G. = 0,25
Traitement antisyphilitique et orthoptique.
Le 27 novembre 1935 : V. O. D. G. = 0,50.
Gain de 2,5/10.

Observation XXI.

(Thèse du Docteur Moreau en 1910.)

P... (Renée), 14 ans.
Strabisme interne O. G. congénital.
En 1892 :

O. D. ast. rég. conf. 1 δ, hyp. 2 D.
O. G. ast. rég. conf. 1 δ 50, hyp. 4 D.
V. O. D. = 1.
V. O. G. = 0,2 après correction.

Ténotomie du droit interne gauche.
Bandeau et verres.
En 1899 : V. O. D. G. = 1. Sans correction
Donc gain de 8/10.

Observation XXII (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières, n° 146.)

B... (Victorine), 63 ans.
Le 12 janvier 1928 : Strabisme divergent de O. D.

V. O. D. = P. L.
V. O. G. = compte les doigts à 2 mètres.

Donders :

V. O. D. = P. L.
V. O. G. + 4 = 0,5.

Le 26 avril 1933 :

V. O. D. = P. L.
V. O. G. = 0,2.

Pas d'amélioration.

Observation XXIII.

(Thèse du Docteur Cosse en 1899.)

X..., 7 ans.
Strabisme congénital de O. G. (20°).

O. D. As. 1, hyp. 2, V. = 1.
O. G. As. 1,5, hyp. 4, V. = 0,2.

Atropine sans résultat.
Ténotomie du droit interne gauche.
Après sept ans : V. O. D. G. = 1.
Plus de strabisme.
Gain de 8/10 rendant à l'œil son acuité normale

Observation XXIV (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Beauvieux, n° 6055

D... (Elisabeth), 5 ans.
En 1893 : Strabisme de 15 mm. de O. G.

V. O. D. = 2/3.
V. O. G. = 1/10.

Ténotomie du droit interne en avril 1893.
Après quinze jours de louchette : V. O. G. = 1/3

Le 18 octobre 1900 : La malade n'a suivi aucun exercice : V. O. G. = 1/50, inamélioration.

Régression de l'acuité visuelle.

Observation XXV (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières, n° 2725.)

A... (Andrée), 5 ans.

Le 7 août 1928 : Strabisme interne de O. D. avec amblyopie. Opérée à l'Hôpital des Enfants, continue à loucher.

En 1928 : V. O. D. = 0,3.

En 1934 : V. O. D. = 0,3.

Pas d'amélioration

Observation XXVI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. W. F. Swett, M. D. de San Francisco.)

Mlle X..., 21 ans.

Novembre 1930 : Strabisme convergent de O. G., et amblyopie depuis l'enfance. Angle de 40 degrés.

V. O. D. + 2 = 1.

V. O. G. + 3,5 = 2/10.

Ni diplopie ni fusion.

Bandeau sur O. D. deux ou trois heures par jour pendant six mois. A ce moment : V. O. G. = 2/5.

Le traitement est continué jusqu'en novembre 1932.

A ce moment, la vision de O. G. = 1/2.

Le 23 novembre 1932, avancement du droit externe gauche selon la technique de Shoemaker. Stéréoscope jusqu'au 20 décembre.

En 1936 : V. O. D. G. = 1.

Vision normale après gain de 8/10.

Observation XXVII.

(Thèse du Docteur Moreau en 1910.)

L... (Jean), 12 ans.

Strabisme interne O. G. : début vers 5 ou 6 ans.

O. D. Ast. rég. conf. 1 δ, hyp. 1 δ 5, V. = 1.

O. G. Ast. rég. conf. 1 δ 5, hyp. 4 δ, V. = 0,1.

Ténotomie et avancement capsulaire de O. G. Bandeau pendant deux mois. Exercices, trois mois.

Six ans après, plus de lunettes :

V. O. D. = 1.

V. O. G. = 0,25.

Gain de 1,5/10.

Observation XXVIII.

(E. Javal, *Manuel du strabisme*, obs. 115.)

C... (Angélina), 13 ans 1/2.

8 novembre 1866 : Strabisme divergent O. D. datant de l'âge de 1 an : V. O. D. = 1/30.

Stéréoscope.

16 avril 1872 : V. O. D. = 1/30.

Pas d'amélioration.

Observation XXIX (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières, n° 6320.)

B... (Edmond), 45 ans.

11 juillet 1929 : O. G., strabisme convergent datant de l'enfance.

V. O. D. = 1/6.

V. O. G. = compte les doigts à 1 mètre.

Inaméliorable.

1er juillet 1935 :

O. D. = 6/10.

O. G. = compte les doigts à 2 m. 50.

Pas d'amélioration.

Observation XXX (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières, n° 2494.)

M..., 5 ans.

Le 18 juillet 1928 : Strabisme interne O. D.

V. O. D. = 1/6.

V. O. G. = 1/6.

Aucun traitement.

Le 10 avril 1934 :

V. O. D. = 1/20.

V. O. G. = 1/40.

Observation XXXI.

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux, registre d'observations n° 110.)

Mlle G..., 11 ans 1/2.

En 1902 : Strabisme interne de O. D. Commence à loucher à 6 mois.

A 5 ans :

V. O. D. = 0,1.

V. O. G. = 0,6.

Strabisme non traité.

En 1908 :

V. O. D. = 0, inaméliorable.

V. O. G. (0° — 0,75) — 3 = 0,6.

Pas d'amélioration.

Observation XXXII (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

M..., 4 ans 1/2.
Le 10 février 1930 : Strabisme interne O. G.
Sous atropine :

O. D. + 7.
O. G. + 8.

Sans atropine :

O. G. + 5, V. = 1/20.
O. D. + 4,5, V. = 0,9.

Le 17 octobre 1932 : Idem.
Le 12 septembre 1934 :

O. D. = 7/10.
O. G. = 1/20.

Le 27 décembre 1936, mêmes verres. Ne fusionne pas.
Pas d'amélioration.

Observation XXXIII (Personnelle).

C... (Henri), 3 ans 1/2.
Le 10 avril 1929 : Strabisme congénital de O. G.
Sous atropine :

O. D. — 4,5.
O. G. (75 — 1,25) — 5.

Sans atropine :

O. D. — 5,5 V. = 4/10.
O. G. correction skiascopique, V. = 2/10.

Verres prescrits le 6 juillet 1933 :

O. D. — 4.
O. G. — 3.

Mars 1934 : Cure d'atropine.

O. D. — 2.

O. G. (150° — 2,50) — 8.

Le 19 décembre 1935 : Verres. Quelques exercices à la louchette au début.

Actuellement :

O. D. 0° — 1 — 2, V. = 9/10.

O. G. 15° — 2 — 8, V. = 6/10.

Observation XXXIV (Personnelle).

F... (Max), 7 ans 1/2.

Le 6 juin 1929 : Strabisme convergent et supérieur de O. D.

O. D. (90° + 1,50) + 0,50, V. = 2/10.

O. G. + 0,50, V. = 7/10.

Le 19 décembre 1935 : Le malade n'a fait aucun exercice et ne porte plus de lunettes.

V. O. D. = 0,2 après correction.

V. O. G. = 9/10.

Pas d'amélioration.

Observation XXXV (Personnelle).

F... (Pierrette), 7 ans 1/2.

En mai 1929 : Strabisme interne de O. G. après une crise de vers.

Sous atropine :

O. D. + 6, V. = 10/10.

O. G. = 1/2 dioptrie à la skiascopie, inaméliorable.

Le 19 janvier 1935 : A fait quelques exercices avec l'œil sain bouché, mais n'a pas continué.

Actuellement :

O. D. = 10/10.
O. G. = 0; inaméliorable.

Régression de l'acuité visuelle.

Observation XXXVI (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières.)

D... (Charlotte), 18 ans (n° 2461).
Le 13 juillet 1928 : Strabisme externe de O. G. de 20°

V. O. D. = 5/6.
V. O. G. = compte les doigts à 2 mètres.

Le 18 août 1933 :

V. O. D. = 1.
V. O. G. = compte les doigts à 1 m. 50.

Donders : V. O. G. — 20 = 1/20, inaméliorable.
Pas d'amélioration.

Observation XXXVII (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières.)

D... (Marcelle), 20 ans (n° 2042).
Le 11 juin 1928 : Strabisme externe de O. D. avec amblyopie; opérée deux fois de sinusite en 1927 et 1928.

V. O. D. = compte les doigts à 0 m. 50.
V. O. G. = 1/10.

Le 20 juin : ténotomie du droit externe droit, avancement du droit interne droit.
Le 6 janvier 1930 :

O. D. = compte les doigts à 0 m. 50.
O. G. = 1/10.

Le 2 octobre 1933 :

O. D. = compte les doigts à 1 mètre.
O. G. = 1/20.

Régression de l'acuité visuelle.

Observation XXXVIII.

(Wallart, thèse à Lille, 1925, obs. XII.)

Mlle X..., 19 ans. Début à 3 ans (après une coqueluche).
Strabisme O. D. hypermétropique.
Mère strabique.

V. O. D. = 5/25.
V. O. G. + 2 = 1.

Ténotomie et non soignée.
Cinq ans après : V. O. D. = 5/25.
Pas d'amélioration.

Observation XXXIX (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

M... (C.), 5 ans 1/2.
Le 13 novembre 1931 : Strabisme externe :

O. D. — 5, V. = 1/20.
O. G. V. = 1.

Exercices de louchette.

Le 28 février 1936 : V. O. D. G. = 1.
Gain de plus de 9/10.

Observation XL (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières.)

Mlle L..., 6 ans (n° 47).
Le 5 janvier 1928 : Strabisme de O. G. : V. O. G. = 1/6.
Cure d'atropine.
Le 25 janvier 1928 : V. O. G. = 0,1.
Porte O. G. + 3.
Le 3 avril 1933 : V. O. G. + 2,75 = 0,3.
Gain de 2/10.

Observation XLI (Personnelle).

V... (Jean), 3 ans 1/2.
Strabisme interne O. G.
Le 21 mai 1931 :

O. D. V. = 10/10 avec + 1.
O. G. V. = 3/10 avec + 3.

Le 18 janvier 1936 :

O. D. V. = 10/10 sans correction.
O. G. V. = 1/10, inaméliorable.

Régression de l'acuité visuelle.

Observation XLII (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

C... (René), 6 ans.
Strabisme interne O. G. avec mouvements nystagmiformes
Le 21 avril 1910 : Skiascopie avec atropine :

O. D. 0° — 1.
O. G. 165° — 1.

Mouvements nystagmiformes dans le sens des aiguilles d'une montre oscillant de temps en temps. Angle du strabisme : 30°.

Champ O. D.	T	0	N
	40		55
Champ O. G.	T	0	N
	35		60

Le 23 avril 1910 : Impossible de trouver l'acuité visuelle; on trouve péniblement 0,25.

Sous l'influence de l'atropine, le strabisme ne diminue pas.

A la skiascopie, 1 δ à droite et de l'astigmatisme hypermétropique conforme à gauche. Les papilles (surtout G.) paraissent légèrement atrophiées.

Le 17 juin 1915 :

V. O. D. = 0,3 sans correction.

V. O. G. : compte les doigts à 3 mètres.

Pas d'amélioration.

Observation XLIII (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

L... 11 ans.

Le 27 décembre 1901 : Strabisme interne O. G. Début à 4 ans.

Depuis l'âge de 6 ans :

V. O. D. = 2/3.

V. O. G. = 1/4 sans correction.

Ténotomie du droit interne et avancement du droit externe.

Louchette sur O. D. Atropine matin et soir pendant quinze jours.

Ne louche plus avec des verres.

Exercices stéréoscopiques.

Le 2 mars 1906 : Idem.

Pas de louchette pour lire.

Pas d'amélioration.

Observation XLIV (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières.)

E... (Madeleine), 19 ans (n° 2465).

Le 16 juillet 1928 : strabisme externe divergent survenu peu à peu. Myopie forte de O. D. depuis la naissance.

O. G. émétrope.

A 16 ans, diplopie fugace :

V. O. D. = doigts à 2 mètres.

V. O. G. = 0,9

Javal :

O. D. ± 1,25 conforme.

O. G. ± 1 conforme.

Donders :

O. D. (0° — 0,75) — 9 = 0,3

O. G. émétrope, V. = 0,9.

Cure d'atropine.

Le 3 février 1933 : Sans correction :

V. O. D. = doigts à 2 mètres.

V. O. G. = 0,9

Verres prescrits :

O. D. 165° — 1 — 10 = 0,3

O. G. (90° + 0,25) = 1.

Observation XLV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Collin.)

B..., 8 ans.

En 1931 : Strabisme convergent O. D.

O. D. = 1/30.

O. G. = 0,8.

En 1933 : Correction et rééducation stéréoscopique.

O. D. = 0,1.
O. G. = 0,9.

Actuellement :

O. D. = 0,5 faible.
O. G. = 0,9.

Gain de 4/10.

Observation XLVI (Personnelle).

B... (Simone), 7 ans.
En octobre 1929 : Strabisme de O. G.

V. O. D. + 0,50 = 1.
V. O. G. (90° — 0,50) + 1 = 0,2.

A fait quelque temps des exercices en bouchant l'œil sain. N'a pas persévéré.
Le 14 décembre 1935 :

O. D. V. = 1.
O. G. V. = 0,1.

Régression de l'acuité visuelle.

Observation XLVII (Personnelle).

P... (Jeanine), 7 ans.
En janvier 1931 : Strabisme interne de O. G. V. = 1/50.
A commencé à loucher vers 1 an.
Opérée en 1931.
Le 12 décembre 1935 :

V. O. D. (90° — 1) — 6 = 0,6.
V. O. G. (90° — 0,5) — 10 = 0,1.

Peu d'amélioration.

Observation XLVIII.

(Thèse du Docteur Moreau en 1910.)

Mlle A..., 17 ans.

Strabisme interne de O. D. Début à 3 ans.

En 1895 :

V. O. D. — 3,5 = 1/15.

V. O. G. — 1 = 1.

Double ténotomie des droits internes, puis louchette et verres. 40 séances de stéréoscopie.

En 1899 : V. O. D. = 0,5. Vision binoculaire.

Gain de plus de 4/10.

Observation XLIX.

(Thèse du Docteur Moreau en 1910.)

D... (Louis), 13 ans.

En 1894 : Strabisme de O. G. depuis quatre ans.

O. D. hyp. 1 δ, V = 1.

O. G. hyp. 2 δ, V = 0,3.

Ténotomie et avancement capsulo-musculaire.

13 décembre 1894 : Ni lunettes, ni exercices, ni louchette. Correction parfaite.

17 décembre 1898 : V. O. D. G. = 1 sans correction.

Gain de 7/10.

Observation L.

(Thèse du Docteur Moreau en 1910.)

R... (André), 8 ans.

Strabisme interne progressif de O. G. depuis l'âge de 4 ans.

En 1905 :

V. O. D. + 3,5 = 1.

V. O. G. (90° + 1) + 1 = 1/5.

Louchette.
Le 8 juillet 1909 :

V. O. D. = 1.
V. O. G. = 0,5.

Gain de plus de 4/10.

Observation LI (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières, n° 2451.)

C... (Yves), 16 ans.
Le 12 juillet 1928 : Strabisme externe de O. D. :

V. O. D. = compte les doigts à 1 m. 50.

Donders : — 8 = 0,1.
Le 21 novembre 1932 :

V. O. D. — 8 = compte les doigts à 3 m. 50.

Pas d'amélioration.

Observation LII (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières, n° 2367.)

D... (Ludovic), 5 ans.
Le 5 juillet 1928 : Strabisme convergent de O. G.

O. D. = 0,2.
O. G. = 0,3.

Javal : O. D. G. = ± 0,5.
Le 2 novembre 1932 :

V. O. D. = 0,2.
V. O. G. = 0,3.

Pas d'amélioration.

Observation LIII.

(Wallart, thèse à Lille en 1925, obs. XI.)

Mlle X..., 7 ans.
Début à 3 ans, après rougeole.
Strabisme O. G. hypermétropique.
Mère hypermétropique de 7 δ 5.

V. O. D. + 0,75 = 1.
V. O. G. = 5/25.

Ténotomie. Lunettes.
Quatre ans après : V. O. G. = 5/16
Peu d'amélioration.

Observation LIV.

(Wallart, thèse à Lille en 1925, obs. VIII.)

Mlle X..., 20 ans.
Début à 2 ans, après coqueluche.
Brusque strabisme hypermétrope de O. D
Deux frères strabiques.

V. O. G. + 1 = 1.
V. O. D. = doigts à 0 m. 20

Ténotomie.
Quatre ans après : idem.
Pas d'amélioration

Observation LV.

(E. Javal, *Manuel du strabisme*, obs. 400)

M... (Louise), 8 ans 1/2.
13 janvier 1891 : Strabisme convergent O. D

V. O. D. = 1/6.
V. O. G. = 1.

Louchette en permanence.

17 février 1894 : Ténotomie du droit interne droit. Résultats insuffisants. V. = 1/3.

7 novembre 1895 : Idem.

Amélioration de plus de 1/10.

Observation LVI.

(Wallart, thèse à Lille en 1925, obs. III.)

Mlle X..., 17 ans.

Début à 4 mois, O. G. brusquement hypermétrope.

Frère strabique.

Avant :

V. O. D. = 5/7.

V. O. G. + 1,5 = 5/12.

Ténotomie.

Quatre ans après :

V. O. D. = 1.

V. O. G. = 5/12.

Pas d'amélioration.

Observation LVII (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

Mlle D..., 9 ans.

Le 29 octobre 1928 : Strabisme externe O. G.

O. D. + 0,5, V. = 1.

O. G. + 2,25, V. = 1/6 faible.

Le 21 mai 1931 : Idem.

Le 20 novembre 1931 : V. = 1/5.

Le 24 juin 1932 : V. = 1/5.

Pas d'amélioration.

Observation LVIII (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

Mlle S..., 6 ans.

Le 5 octobre 1930 : Strabisme interne.

O. D. + 3 = 1/20.

O. G. + 4 = 1.

Le 10 décembre 1934 : Redressement très considérable par les verres. Même acuité visuelle.

Pas d'amélioration.

Observation LIX (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières, n° 1911.)

Mlle M..., 8 ans.

Le 15 juin 1931 : Strabisme convergent O. G.

V. O. D. = 5/6.

V. O. G. = 1/20.

Javal : O. D.G. ± 2 conforme.

Le 14 octobre 1935 :

V. O. D. = 8/10.

V. O. G. = 1/20.

Observation LX (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

L... (Marthe), 6 ans 1/2.

Le 12 février 1911 : Strabisme latent depuis plus d'un an de O. D., avec astigmatisme.

V. O. D. = 0,3.

La manœuvre de Graefe montre l'insuffisance de convergence. Conseillé :

O. D. (0° — 0,75) — 0,50.
O. G. (165° — 1,25) — 3
O. D. — 0,5.
O. G. = 0,3.

Le 4 mars 1915 : Astigmatisme.

O. D. ± 0,75.
O. G. ± 3.
O. D. 0° — 0,75 — 3, V. = 0,3.
O. G. 15° — 1,5 — 3,5, V. = 0,5.

Pas d'amélioration.

Observation LXI (Personnelle).

M... (Joseph), 17 ans.
En 1932 : Strabisme interne O. G. à 2 ans.

O. D. ± 0,50.
O. G. ± 1,50.
O. D. + 0,75, V. = 10/10.
O. G. V. = 0,1.

Stéréoscope 2 fois par jour et louchette jusqu'à présent.
Opéré 3 fois : Dyplopie. Strabisme probablement alternant.
Actuellement :

O. D. + 2 = 10/10.
O. G. = 1/50, inaméliorable.

Régression de l'acuité visuelle.

Observation LXII (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières, n° 6893.)

D... (Marguerite), 64 ans.
Le 28 juillet 1929 : Strabisme interne O. D. Amblyopie.

V. O. D. = 1/10.
V. O. G. = 4/10.

Donders :

O. D. = 1/10, inaméliorable.
O. G. + 2,25 = 6/10.

Le 7 novembre 1933 :

O. D. V. = 1/10, faible.
O. G. V. = 4/10.

Pas d'amélioration.

Observation LXIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Collin.)

Mlle J..., 5 ans.
Novembre 1932 : Strabisme convergent O. D

O. D. = 0,2.
O. G. = 1.

Actuellement :

O. D. = 0,4.
O. G. = 1.

Rééducation mal faite, mais quand même amélioration de 2/10.

Observation LXIV (Inédite)

(Service de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

L... (Robert), 5 ans 1/2.
Le 6 septembre 1926 : Strabisme interne O. D.

O. D. 75° + 1,5 + 0,25, V. = 0,1.
O. G. + 0,25, V. = 1.

Le 7 septembre 1927 : Strabisme un peu moins accentué :

O. D. 75° + 1,5 + 0,25, V. = 1/6.

Le 16 juillet 1928 :

O. D. (75° + 2,75) + 0,75, V. = 0,5.

Le 14 février 1930 :

O. D. V. = 0,8.

Strabisme un peu moins accentué.
Le 30 septembre 1930 :
Après 13 mois de stéréoscope : amélioration.
Gain de 7/10.

Observation LXV (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

B... (M.), 8 ans.
Le 2 septembre 1926 : Strabisme O. D.

O. D. + 2, V. = 0,25 faible.
O. G. + 2, V. = 1.

Louchette.
Le 9 juin 1927 :

O. D. + 2,75, V. = 0,5, améliorable.
O. G. + 2,75, V. = 1.

Le 29 septembre 1930 :

O. D. V. = 2/3, mêmes verres.

Gain de 3/10.

Observation LXVI (Personnelle).

G... (Maurice), 8 ans.
Le 6 février 1932 : Strabisme interne de O. G.

V. O. D. = 0,2.
V. O. G. = 0,2, inaméliorable.

Pas de traitement.
Le 13 février 1936 :

V. O. D. = 0,7.
V. O. G. = 0, inaméliorable.

Régression de l'acuité visuelle.

Observation LXVII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Collin.)

G... (M.), 7 ans.
En mai 1933 : Strabisme convergent. Après correction.

V. O. D. = 1/20.
V. O. G. = 1.

Rééducation partielle irrégulière.
Actuellement : V. O. D. = 1/10.
Peu d'amélioration.

Observation LXVIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Collin.)

C... (M.), 10 ans.
En 1933 : Strabisme convergent de O. G.

O. G. = 0,2.
O. D. = 0,7.

Exercices stéréoscopiques.
Actuellement :

O. G. = 0,2.
O. D. = 0,9.

Rééducation défectueuse. Pas d'amélioration.

Observation LXIX.

(Thèse du Docteur Moreau en 1910.)

P... (Edouard), 11 ans.
En 1896 : Strabisme interne de O. G.

O. D. Ast. rég. conf. 3 δ, hyp. 6 δ, V. = 1.
O. G. Ast. rég. conf. 3 δ, hyp. 7 δ, V. = 0,1.

En avril 1897 : Double ténotomie des droits internes. Port de la louchette prolongé.

En décembre 1898 : V. O. G. = 1/3, sans vision binoculaire.

En février 1899 : Ne porte plus de bandeau. L'acuité visuelle a baissé : 1/7 seulement. Cette diminution est probablement due à ce que le malade n'a pas la vision binoculaire.

Peu d'amélioration.

Observation LXX.

(Thèse du Docteur Moreau en 1910.)

M... (Georges), 17 ans.

Louche depuis l'âge de 3 ans.

1895 : Strabisme interne de O. G.

V. O. G. = 1/60.

Opéré le 6 octobre 1896.

En 1898 : Plus de strabisme, mais pas de vision binoculaire. Le malade n'a pas voulu porter de louchettes.

V. O. G. = < 1/10.

Observation LXXI.

(Thèse du Docteur Cosse en 1899.)

Mlle X..., 10 ans.

Strabisme interne de O. G. (40°) ayant débuté à 5 ans après une crise de vers.

Père syphilitique.

O. D. hyp. 3 δ, V. = 1.

O. G. hyp. 3 δ, V. = 0,3.

Double ténotomie des droits internes Bandeau. Atropine. Verres. Exercices pendant deux mois.

Après trois ans :

O. D. V. = 1.

O. G. V. = 2/3.

Vision binoculaire.
Gain de 3/10.

Observation LXXII.

(Thèse du Docteur Cosse en 1899.)

Mlle X..., 4 ans.
Strabisme interne O. D. (20°) après crise de vers de l'enfance.

O. D. As. 2, hyp. 3, V. = 0,2.
O. G. As. 1, hyp. 2, V. = 1.

Ténotomie du droit interne droit. Atropine. Verres. Bandeau. Stéréoscope pendant un mois.
Après trois ans, plus de verres.

O. D. V. = 2/3.
O. G. V. = 1.

Vision binoculaire.
Gain de 4/10.

Observation LXXIII.

(Thèse du Docteur Cosse en 1899.)

X... (M.), 13 ans.
Strabisme interne de O. G. (35°) à la suite de convulsions vers 5 ou 6 ans.

O. D. As. 0,5, hyp. 0,75, V. = 1.
O. G. As. 2,5, hyp. 3, V. = 0,3.

Double ténotomie du droit interne. Atropine. Verres. Bandeau. Stéréoscope pendant deux mois.
Après 3 ans :

O. D. V. = 1.
O. G. V. = 0,5.

Vision binoculaire.
Gain de 2/10.

Observation LXXIV (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières, n° 6791.)

D... (Marius), 25 ans.

19 août 1929 : Strabisme convergent de O. D.

V. O. D. = 0,2.

V. O. G. = 1.

Javal : O. D. ± 1,75 oblique.

Donders : O. D. + 1,5 = 0,3.

Champ du regard diminué en dehors, augmenté en dedans.

Le 20 août 1929 : Double avancement des droits externes.

Le 30 août :

V. O. D. + 2 = 0,5 fort.

V. O. G. + 2 = 11/10.

Prescrit O. D. G. + 1,5 pour tout aller. Ordonnance d'atropine.

Le 26 mars 1932 :

V. O. D. (90° + 1) + 0,75 = 0,8.

V. O. G. = 1, sans correction.

Gain de 6/10.

Observation LXXV.

(Wallart, thèse à Lille en 1925, obs. XVI.)

Mlle X..., 5 ans.

Strabisme de O. D. hypermétrique ayant débuté à 4 ans après des convulsions.

V. O. D. = 5/25.

V. O. G. = 5/7.

Ténotomie.

Trois ans après : Même acuité visuelle.

Observation LXXVI.

(Wallart, thèse de Lille en 1925, obs. XX.)

Mlle X..., 13 ans.
Début à 6 ans par une émotion (?).
Strabisme O. D. à début brusque.
Frères et mère strabiques.

V. O. D. G. = 5/16 s. c

Ténotomie.
Trois ans après : V. O. D. G. = 1.
Gain de 11/16.

Observation LXXVII.

(Thèse du docteur Ginestous, Bordeaux, 1900-1901, obs. XII.)

J... (Célestine), 15 ans.
7 décembre 1898 : Double ténotomie des droits internes pour strabisme interne.
Père très nerveux. Mère hystérique. Oncle épileptique.
Ni strabisme, ni vésanie dans les antécédents héréditaires.
Pas nerveux. Pas de convulsions.

V. O. D. = 1.
V. O. G. = 0,3.

Exercices stéréoscopiques commencés le 11 janvier 1899.
3 avril 1901 = V. O. D. G. = 1.
Gain, 7/10.

Observation LXXVIII.

(Thèse de Ginestous, obs. XXIX.)

L... (Marcelin), 16 ans.
9 septembre 1896 : Double ténotomie pour strabisme interne. O. G. ayant débuté à 5 ans après des convulsiosn. Père syphili-

tique. Une sœur strabique. Pas de stigmates d'hérédo-syphilis. Nerveux.

O. D. = hypermétrope 0,75 δ.

Astigmatisme régulier conforme, 0,50.

O. G. = hypermétropie 3 δ.

Astigmatisme régulier conforme, 2,5.

Avant l'opération :

V. O. D. = 1.

V. O. G. = 0,3.

5 avril 1899 : V. O. G. = 0,5.

Résultats opératoires parfaits. Maintien de la vision binoculaire. Gain, 1/10.

Observation LXXIX.

(Giraud, thèse à Paris, 1914, obs. XI.)

D..., 15 ans.

Strabisme convergent O. D.

V. O. D. = 0,1.

V. O. G. = 0,9 avec + 1.

21 juin 1911 : Avancement des droits internes.

Mars 1914 : Bons résultats esthétiques.

V. O. D. = 0,1.

V. O. G. = 0,9.

Pas d'amélioration de l'acuité visuelle.

Observation LXXX (Personnelle).

R... (M.), 7 ans.

Strabisme convergent O. G.

Le 31 janvier 1925 :

V. O. D. (0° — 2) — 2 = 0,1.

V. O. G. (0° — 1,5) = 2/3.

Le 20 novembre 1926 : Avancement du droit interne gauche.

Janvier 1930 : Même acuité.

Observation LXXXI (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

Mlle A..., 9 ans.
Le 22 juillet 1931 : O. G. strabisme interne.

O. D. 190° — 1,25 + 1,25, V. = 0,5.
O. G. 110 — 1,5 + 1,5, V. = 0,3.

Louchette.
Le 19 février 1934 :

O. D. 0° — 1,5 + 1,25, V. = 0,9.
O. G 5 — 1,75 + 1,25, V. = 0,5.

Gain de 2/10.

Observation LXXXII (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Beauvieux, n° 3687.)

Mlle L..., 7 ans.
Le 9 octobre 1929 : Strabisme interne O. G.

O. D. V. = 1.
O. G. V. + 4 = 0,25, redressé par verres.

Le 9 décembre 1932 :

O. G. + 4, V. = 4/10.

Gain de 1,5/10.

Observation LXXXIII (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Beauvieux, n° 5620.)
M..., 12 ans.
O. D. : Strabisme interne léger.
Le 4 mars 1931 :

O. D. (90 + 0,5) + 1,5, V. = 0,3.
O. G. + 0,75, V. = 1.

Le 2 mars 1932 :

O. D. + 1,25, V. = 0,5.

Le 27 janvier 1933 :

V. O. D. = 0,5.
V. O. G. + 0,75 = 1.

Le 24 août 1934 :

V. O. D. = 1.
V. O. G. + 0,5 = 1.

Retour de la vision à la normale.

Observation LXXXIV (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

S..., 5 ans.
Le 28 avril 1930 : Strabisme interne O. D.

O. D. + 1,75, V. = 1/5.
O. G. + 1,75, V. = 1.

Le 24 août 1931 :

V. O. D. = 1/3.

Le 28 septembre 1932 :

V. O. D. = 2/3.

Le 28 janvier 1933 :

O. D. + 2,5 = 2/3.

Gain de 4/10.

Observation LXXXV (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Beauvieux, n° 36979.)

S... (Germaine), 6 ans.

Le 2 janvier 1929 : Strabisme interne O. D.

O. D. = 2/10 75° + 1,5 + 1.
O. G. = 9/10 + 2.

Le 3 novembre 1932 : Strabisme interne O. D. opéré depuis cinq ans.

O. D. + 4, V. = 2/10.
O. G. + 3, V. = 10/10.

Pas d'amélioration.

Observation LXXXVI (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Beauvieux, n° 36626.)

D... (René), 8 ans.
Le 10 mars 1932 : O. D. : Strabisme externe en haut et en dehors.
Javal :

O. D. 90° ± 1,5.
O. G. 90° ± 2.
O. D. — 4, V. = 1/20.
O. G. (0° — 1,5) — 1,5, V. = 0,5.

Le 22 juin 1933 : Guérison. Redressement par les verres.

O. G. (0° — 1,50) — 2,25.

Le 29 mai 1934 :

O. D. = — 5, V. = 4/10.
O. G. = (0° — 1,5) — 2,25.

Le 23 mai 1935 :

O. D. = — 5,5, V. = 0,5.
O. G. = (0° — 1,5) — 2,5, V. = 7/10.

Gain de 5/10.

Observation LXXXVII (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur agrégé Beauvieux.)

J... (M.), 47 ans.

Le 16 octobre 1929 : Strabisme interne O. G. ancien.

O. D. — 6, V. = 1/3.

O. G., V. = 1/20.

Le 4 mai 1932 :

O. D. — 7, V. = 1/3.

O. G., V. = 1/20.

Pas d'amélioration.

Observation LXXXVIII (Personnelle).

S... (Georges), 5 ans.

Le 10 juin 1932 : Strabisme convergent de O. D.

V. O. D. — 4 = 1/20.

V. O. G. — 3 = 0,7.

Le 6 mars 1933 : Après cure d'atropine et exercices :

V. O. D. — 5 = 0,3.

V. O. G. — 3 = 0,7.

En 1935 :

V. O. D. — 5,5 = 0,5.

V. O. G. — 3 = 0,7.

Gain de plus de 4/10.

Observation LXXXIX (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Beauvieux, n° 2134.)

O... (Gabrielle), 12 ans.

Le 10 septembre 1896 : Strabisme interne de 4 mm. de O. D.

V. O. D. sans correction = 0,2.

Double ténotomie. Verres prescrits :

O. D. + 2,25.
O. G. + 2,50.

Atropine. Bandeau sur O. G. Stéréoscope.
En 1899 : Ne louche plus, plus de verres, vision binoculaire.

V. O. G. = 1.
V. O. D. = 2/3.

Gain de 4/10.

Observation XC (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Collin.)

Mlle M..., 12 ans.
En 1933 : Strabisme convergent de O. G.

V. O. D. : 0,5 avec + 2.
V. O. G. : 0,3 avec + 2,5.

Actuellement : Pas d'amélioration. Rééducation mal faite.

Observation XCI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Collin.)

Mlle A..., 9 ans.
En 1933 : Strabisme divergent : O. G. = 0,2.
En 1935 : Rééducation stéréoscopique : O. G. = 0,4.
En 1936 : Plus de strabisme après correction optique :

O. G. = 0,7.

Donc amélioration de 5/10.

Observation XCII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Collin.)

B... (M.), 12 ans.
En 1933 : Strabisme divergent de O. G.

O. D. = 0,8.
O. G. = 0,3.

Rééducation.

En 1934 :

O. D. = 0,9.

O. G. = 0,6.

Actuellement :

O. D. = 1.

O. G. = 0,7.

Donc gain de 4/10.

Observation XCIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Collin.)

B... (G.), 6 ans.

En février 1932 : Strabisme convergent O. D

O. D. = 0,1.

O. G. = 0,2.

Redressement et correction après cinq mois

En juin 1932 :

O. D. = 0,5.

O. G. = 0,7.

En septembre 1932 :

O. D. = 0,7.

O. G. = 0,8.

En mars 1935, après correction :

O. D. = 0,8.

O. G. = 0,1.

Gain de 7/10.

Observation XCIV (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Beauvieux, n° 9101.)

Mlle P..., 6 ans.

Le 20 décembre 1933 : Strabisme interne O. G.

O. D. (90 + 2,5) — 1, V. = 0,5.

O. G. 90 + 3, V. = 0,1.

Le 10 juillet 1935 : Strabisme redressé par verres.

O. G. V. = 0,2.

O. D. (0° — 4) + 1,5, V. = 0,7.

Le 22 janvier 1936 :

O. G. (0° — 3,5) + 2,5, V. = 0,1.

Pas d'amélioration.

Observation XCV (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Beauvieux, n° 1445.)

Q... (M.), 16 ans.

Le 17 mars 1927 : Strabisme interne O. D.

O. D. + 4, V. = 0,3.

O. G. + 3, V. = 0,8.

Verres prescrits.

Le 12 mai 1930 : Même réfraction.

O. D. + 4, V. = 0,3.

O. G. + 3, V. = 0,5.

Pas d'amélioration.

Observation XCVI (Inédite).

(Service de M. le Professeur Teulières, n° 6015.)

D... (Rosa), 61 ans.

Le 18 juin 1929 : Strabisme divergent de O. G.

V. O. D. = 1/10.

V. O. G. = 1/10.

Donders :

O. D. — 2, V. = 1/4.

O. G. — 2, V. = 1/4.

Le 27 mai 1932. Sans correction :

O. D. = 1/20.
O. G. = doigts à 1 mètre.

Donders :

O. D. — 5 = 1/10 +.
O. G. = inaméliorable.

Observation XCVII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Collin.)

Mlle C..., 8 ans.
En 1933 : Strabisme convergent de O. D.

O. D. = 1/10.
O. G. = 4/10.

Rééducation stéréoscopique et correction.
Actuellement :

O. D. = 0,4.
O. G. = 0,6.

Gain de 3/10.

Observation XCVIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Collin.)

C... (M.), 5 ans.
En mars 1933 : Strabisme interne de O. G.

V. O. D. = 0,9.
V. O. G. = 0,1 s. c.

Exercices stéréoscopiques. Mauvaise rééducation.
Actuellement :

V. O. D. = 0,9.
V. O. G. = 0,4.

Donc gain de 3/10.

Observation XCIX (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Beauvieux, n° 6344.)

Mlle L..., 8 ans.

Le 9 décembre 1931 : Strabisme interne de O. G.

V. O. D. = 9,8.

V. O. G. = (13° + 1) + 2 = 1/100.

Double ténotomie.

Le 10 août 1934 :

V. O. G. (5° — 0,75) — 1,50 = 1.

Donc gain de près de 10/10.

Observation C (Inédite).

(Thèse du Docteur Cosse en 1899.)

X..., 9 ans.

Convulsions à 9 mois. Très nerveux. Crises de vers à 4 ans, et strabisme d'abord alternant.

Strabisme interne O. G.

O. D. hyp. + 3 δ, V. = 1.

O. G. As. ± 5 hyp. 8 δ, V. = 0,2.

Double ténotomie des droits internes. Atropine. Verres. Bandeau. Pas de stéréoscope.

Trois ans après :

Correction parfaite du strabisme :

O. D. V. = 1.

O. G. V. = 0,3, pas de vision binoculaire.

Gain de 1/10.

Nos	Age	Acuité visuelle	Traitement	Temps écoulé	Nouvelle acuité
I	11 ans	0,25	Opération	37 ans	2/3
II	10 ans	0,15	Exercices	15 ans	0,20
III	11 ans 1/2	1/16	Louchette	15 ans	1/4
IV	6 ans	0,3	Aucun	13 ans	0,7
V	12 ans	0,1	Louchette	12 ans	0,2
VI	15 ans	0,3	Opération	12 ans	2/3
VII	8 ans	1/20	Aucun	11 ans	9/10
VIII	10 ans	0,3	Aucun	11 ans	0,7
IX	9 ans	< 1/10	Opération	11 ans	0,5
X	10 ans	0,25	Opération	10 ans	2/3
XI	16 ans	0,1	Louchette	10 ans	1/7
XII	15 ans	< 0,1	Opération	10 ans	< 0,1
XIII	3 ans	0,2	Opération	9 ans	0,8
XIV	6 ans 1/2	1/20	Louchette	9 ans	1/16
XV	9 ans	1/5	Verres	9 ans	5/9
XVI	7 ans	0,1	Lunettes	8 ans	0,3
XVII	7 ans	1/7	Opération	8 ans	0,6
XVIII	4 ans	5/18	Verres	8 ans	5/12
XIX	4 ans 1/2	4/12	Verres	8 ans	4/6
XX	14 ans	0,25	Traitement anti Σ et orthopédique	7 ans	0,5
XXI	14 ans	0,2	Opération	7 ans	1
XXII	63 ans	P. L.	Aucun	7 ans	P. L.
XXIII	7 ans	0,2	Opération	7 ans	1
XXIV	5 ans	0,1	Opération	7 ans	1/50 inam.
XXV	5 ans	0,3	Opération	6 ans	0,3
XXVI	21 ans	0,2	Opération	6 ans	1
XXVII	12 ans	0,1	Opération	6 ans	0,25
XXVIII ..	13 ans 1/2	1/30	Exercices	6 ans	1/30
XXIX	45 ans	C. D. 1 m.	Aucun	6 ans	C. D. 2 m. 50
XXX	5 ans	1/6	Aucun	6 ans	1/40
XXXI	11 ans 1/2	0,1	Aucun	6 ans	0
XXXII ...	4 ans 1/2	1/20	Aucun	6 ans	1/20
XXXIII ..	3 ans 1/2	2/10	Verres	6 ans	6/10
XXXIV ...	7 ans 1/2	0,2	Aucun	6 ans	0,2
XXXV	7 ans 1/2	1/2 D.	Aucun	6 ans	0
XXXVI ...	18 ans	C. D. à 2 m.	Aucun	5 ans	C. D. 1 m. 50
XXXVII ..	20 ans	C. D. 0 m. 5	Opération	5 ans	C. D. 1 m.
XXXVIII. .	3 ans	5/25	Ténotomie sans exercices	5 ans	5/25
XXXIX ..	5 ans 1/2	1/20	Louchette	5 ans	1
XL	6 ans	0,3	Aucun	5 ans	0,3
XLI	3 ans 1/2	0,3	Aucun	5 ans	0,1
XLII	6 ans	0,25	Aucun	5 ans	C. D. 3 m.
XLIII	11 ans	0,25	Opération	5 ans	0,25
XLIV	19 ans	C. D. 2 m.	Atropine	5 ans	0,3
XLV	8 ans	1/30	Rééducation et correction	5 ans	0,5
XLVI	7 ans	0,2	Aucun	5 ans	0,1
XLVII ...	7 ans	1/50	Opération	5 ans	0,1
XLVIII ...	17 ans	1/15	Opération	4 ans	0,50
XLVIX ...	13 ans	0,3	Opération	4 ans	1
L	8 ans	1/15	Louchette	4 ans	0,50

N°s	Age	Acuité visuelle	Traitement	Temps écoulé	Nouvelle acuité
LI	16 ans	C. D. 1 m. 5	Aucun	4 ans	C. D. 3 m. 5
LII	5 ans	0,3	Aucun	4 ans	0,3
LIII	7 ans	5/25	Opération	4 ans	5/16
LIV	20 ans	C. D. 0 m. 2	Opération	4 ans	C. D. 0 m. 20
LV	8 ans 1/2	1/16	Ténotomie	4 ans	1/3
LVI	17 ans	5/12	Ténotomie	4 ans	5/12
LVII	9 ans	1/6 faible	Aucun	4 ans	1/5
LVIII	6 ans	1/20	Verres	4 ans	1/20
LIX	8 ans	1/20	Aucun	4 ans	1/20
LX	6 ans 1/2	0,3	Aucun	4 ans	0,3
LXI	17 ans	0,1	Opérations	4 ans	1/50
LXII	64 ans	1/10	Aucun	4 ans	1/10
LXIII	5 ans	0,2	Rééducation	4 ans	0,4
LXIV	5 ans 1/2	0,1	Stéréoscope	4 ans	0,8
LXV	8 ans	0,25	Louchette	4 ans	2/3
LXVI	8 ans	0,2	Aucun	4 ans	0
LXVII	7 ans	1/20	Rééducation	3 ans	1/10
LXVIII ...	10 ans	0,20	Rééducation	3 ans	0,20
LXIX	11 ans	0,1	Opération sans exercices	3 ans	1/7
LXX	17 ans	1/60	Opération sans exercices	3 ans	< 1/10
LXXI	10 ans	0,3	Opération	3 ans	2/3
LXXII	4 ans	0,2	Opération	3 ans	2/3
LXXIII ...	13 ans	0,3	Opération	3 ans	0,5
LXXIV ...	25 ans	0,2	Opération	3 ans	0,8
LXXV	15 ans	5/25	Opération	3 ans	5/25
LXXVI ...	13 ans	5/16	Opération	3 ans	1
LXXVII ..	15 ans	0,3	Opération	3 ans	1
LXXVIII .	16 ans	0,4	Opération	3 ans	0,5
LXXIX ...	15 ans	0,1	Opération	3 ans	0,1
LXXX	7 ans	2/3	Opération	3 ans	2/3
LXXXI ...	9 ans	0,3	Louchette	3 ans	0,5
LXXXII ..	7 ans	0,25	Verres	3 ans	0,4
LXXXIII .	12 ans	0,3	Verres	3 ans	1
LXXXIV .	5 ans	1/5	Verres	3 ans	2/3
LXXXV ..	6 ans	0,2	Opération sans exercices	3 ans	0,2
LXXXVI .	8 ans	1/20	Verres	3 ans	0,5
LXXXVII .	47 ans	1/20	Aucun	3 ans	1/20
LXXXVIII.	8 ans	1/20	Verres	3 ans	0,50
LXXXIX .	12 ans	0,2	Opération	3 ans	2/3
IC	12 ans	0,3	Aucun	3 ans	0,3
ICI	9 ans	0,2	Rééducation	3 ans	0,7
ICII	12 ans	0,3	Rééducation	3 ans	0,7
ICIII	6 ans	0,1	Rééducation	3 ans	0,8
ICIV	6 ans	0,1	Verres	3 ans	0,1
ICV	16 ans	0,3	Aucun	3 ans	0,3
ICVI	61 ans	0,1	Aucun	3 ans	0
ICVII	8 ans	0,1	Rééducation	3 ans	0,4
ICVIII ...	5 ans	0,1	Rééducation	3 ans	0,4
ICIX	8 ans	1/100	Double ténotomie	3 ans	1
C	9 ans	0,2	Opération	3 ans	0,3

CHAPITRE III

INTERPRETATION DES OBSERVATIONS

Par l'étude des 100 observations que nous venons de rapporter, on peut constater à première vue les avantages du traitement orthoptique dans le strabisme. En effet, sur 74 sujets traités qui ont fait régulièrement des exercices, nous en trouvons 31 dont l'amblyopie s'est considérablement améliorée; 18 qui ont recouvré une acuité visuelle moyenne, et 25 dont le traitement n'a pas influé sur la vision.

Au contraire, sur les 26 cas non traités, il n'y en a que 4 qui aient été améliorés.

Cependant, pour parler d'amélioration de l'amblyopie strabique, il faut que l'acuité visuelle se soit relevée notablement.

A partir de quel degré peut-on dire que la vision s'est véritablement améliorée ? Les auteurs sont muets sur ce point.

Nous avons pensé que nous pouvions fixer à 3/10 de gain le minimum que doivent présenter les sujets dans ces conditions. Nous constatons alors que :

Dans 9 cas (12,10 p. 100), la vision de l'œil dévié est revenue à la normale de 10/10 d'acuité visuelle.

Dans 12 cas (14,88 p. 100), l'amélioration a été de 5/10 et plus.

Dans 10 cas (12,16 p. 100), elle a été de 3/10 et plus.

Nous nous croyons donc autorisé à dire que le traitement est suivi d'effets favorables dans 41,89 p. 100 des cas.

Ces chiffres, qui se rapprochent d'ailleurs de ceux rapportés par les différents auteurs dans leurs statistiques, montrent assez le bien-fondé et l'utilité des exercices orthoptiques

dans le strabisme, puisqu'ils sont suivis d'amélioration dans 41,89 p. 100 des cas au lieu de 5,46 p. 100 seulement quand aucun traitement n'a été institué.

Quant au mode de traitement, exercices ou chirurgie, nous trouvons les chiffres suivants :

Sur les 31 cas nettement améliorés, 22 l'ont été par les exercices, et 19 par la chirurgie.

Il faut ajouter cependant que tous les cas où l'opération est suivie de bons résultats, elle a été accompagnée d'exercices, tandis que lorsque l'opération est employée seule, il n'y a qu'une amélioration minime, et 1 fois sur 4 seulement environ.

D'autre part, l'âge du sujet est un facteur important dans la rééducation de l'œil strabique.

Sur les 31 observations déjà citées, 28 se rapportent à des sujets de moins de 20 ans, avec maximum d'amélioration entre 5 et 8 ans.

Au contraire, sur 8 cas de sujets de plus de 30 ans, aucun gain d'acuité visuelle n'est enregistré.

De ces chiffres, nous pouvons tirer les conclusions cliniques suivantes :

Le traitement du strabisme améliore dans de fortes proportions l'amblyopie de l'œil dévié, par conséquent cette amblyopie peut être considérée comme consécutive au strabisme, puisqu'elle ne persiste pas après redressement de la déviation.

Ce résultat peut être obtenu par les exercices orthoptiques seuls, ou comme adjuvants de l'opération chirurgicale; mais les résultats seront d'autant meilleurs que le sujet sera plus jeune.

Quant à l'amblyopie non curable après un traitement appliqué longtemps et soigneusement (21,67 p. 100), il semble qu'on doive la considérer comme primitive, et due à une lésion du fond d'œil invisible à l'ophtalmoscope.

CONCLUSIONS

Sur les 100 observations, dont 75 d'inédites que nous avons pu recueillir, nous constatons l'excellent effet du traitement orthoptique.

En effet :

I. — Dans 74 cas où un traitement a été appliqué, on peut constater 34 améliorations nettes de plus de 3/10, c'est-à-dire 41,89 p. 100.

II. — Dans 18 cas, l'amélioration est inférieure à 3/10, et nous considérons ces cas comme non améliorés.

III. — Sur 74 cas traités, 40 n'ont donc pas été suivis d'amélioration nette, mais nous relevons 18 cas où le redressement opératoire du strabisme n'a été suivi d'aucun exercice stéréoscopique.

IV. — Sur 26 cas non traités, 4 ont été améliorés, soit 5,46 p. 100; 22, au contraire (94,54 p. 100), n'ont eu aucun gain d'acuité visuelle.

V. — L'âge du sujet n'est pas indifférent, et les meilleurs résultats sont obtenus entre 5 et 8 ans.

VI. — Les traitements orthoptique et chirurgical donnent à peu près les mêmes résultats, mais les résultats du traitement opératoire semblent dus surtout aux exercices orthoptiques qui sont accomplis en même temps.

VII. — Quand l'amblyopie strabique est améliorée par le redressement de l'œil dévié, c'est qu'elle est secondaire au strabisme.

VIII. — Dans 21,67 p. 100 des cas, le traitement le mieux appliqué ne peut améliorer l'acuité visuelle, et il semble alors que l'on soit en présence d'une amblyopie primitive congénitale.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
M. TEULIERES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 juillet 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Recherches sur l'amblyopie congénitale. *Gaz. hebd.*, 1874.

— Traité des maladies des yeux, 1889.

Amman. — Quelques observations physiologiques et cliniques chez les strabiques. *Arch. für Augen.*, 1921.

Anderson. — Some problems in strabismus (amblyopa). *Australian and New-Zeeland J. Surg.*, I, 291-310, déc. 1931.

Andrea. — Grundinder speziellen angenheikunde, 1837.

Aracri. — Sull' etiologia e l'ambliopa della strabismo concomittante (considerazioni tratte dall esame di mille strabici). *Gior. di med. Milano*, 76, 638-657, déc. 1928.

Arlt. — Contribution à l'histoire du strabisme. *Aergt. medi.*, 1842.

Badal. — Leçons d'ophtalmologie, 1881.

Band. — Des amblyopies sans lésions à l'ophtalmoscope. Thèse Paris, 1873.

Bates. — Education de l'œil dans l'amblyopie *ex anopsia*. *Clin. opht.*, Paris, 1922.

Berlin — Schwachsigtigkeit und Nichtgebranch. *Wurtemb. Med. Correspondenzblatt*, 1870.

Bettremieux. — Amblyopie par strabisme. *Arch. opht.*, 1924, XLI, 682.

— Traitement orthopédique du strabisme. *Clin. opht.*, Paris, 1921, p. 66-69.

Bocchi. — Correction du strabisme des yeux amblyopes. XXI, Soc. ital. opht. Florence, oct. 1902.

Böhm. — Das Schiellen, 1845.

Braun. — Traitement et pronostic du strabisme. *Graefe's arch. f. opht.*, t. 120, juill. 1928, p. 583.

Buffon. — Sur la cause du strabisme ou des yeux louches. *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1743.

Caillaud. — Contribution à la pathogénie des amblyopies *ex anopsia*. *Ann. d'ocul.*, déc. 1910, p. 409.

Cantonnet (A.). — Rééducation de l'œil dans le traitement du strabisme.

Cantonnet et Filliozat. — Le strabisme, Paris, 1932.

Carron du Villars. — Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux, t. II, 1838.

Castresana (B.) et Castresana (A.). — El strabismo. Madrid, 1926.

Constentin. — A propos du strabisme concomitant. Localisations et reliefs. *Arch. opht.*, Paris, 1919.

Cornil et Jeandelize. — Soc. opht. Est de la France, 1917.

Cosse. — Traitement du strabisme. Thèse Bordeaux, 1899.

Cuignet. — De l'altération de la vue dans certains cas d'hypermétropie. Recueil d'opht., 1875.

Delbane. — L'amblyopie strabique. Thèse Paris, 1905-1906.

Delogé. — Anisométropie et vision binoculaire. Thèse Paris, 1906.

Delord. — Amblyopie par strabisme. *Arch. d'opht.*, Paris, 1924, XLI, 682; *Ann. ocul.*, Paris, 1921, CLVIII, 459.

— Soc. franç. d'opht., 1921 et 1935.

— Sur l'amblyopie strabique. *Monde médical*, juill. 1935, p. 776.

Demours. — Traité des maladies d'yeux, 1808.

Desmarres. — Traité théorique et pratique des maladies d'yeux, 1847.

Deslandes. — Strabisme convergent de l'œil gauche avec amblyopie. *Recueil de médecine militaire*, 1870.

Donders. — Pathogénie du strabisme. *Ann. ocul.*, t. L.

— Les anomalies de la réfraction et de l'accommodation, p. 240 et 430.

— Vision des strabiques. *Klin. Monats.*, 1870.

Drouin. — L'amblyopie du strabisme. Thèse Bordeaux, 1908-1909.

— Amblyopie avec strabisme externe. Soc. Opht. Paris, avril 1908.

Ehmer. — Rapports sur les cas de strabisme observés à la clinique d'ophtalmologie de Giessen. Thèse Giessen, 1905.

Fano. — Diagnostic différentiel de l'amblyopie et des troubles de réfraction. Soc. ocul. et clin., Paris, 1887-1888.

Fedosseef (Mlle C.). — Acuité visuelle dans le strabisme à la clinique d'ophtalmologie de Lausanne. Thèse Lausanne, 1910.

Ford et Carter. — Recovery for strabismus amblyopa after 29 years by continuous drainage of nasal accessory sinuses. Tr. opht. Soc. N. Kingdonn, 53, 507-519, 1933.

Fuchs. — Manuel d'ophtalmologie. Edition française, p. 526.

Gairal. — Du strabisme proprement dit ou vue louche. Thèse Verdun, 1840.

Ginestous. — Rétablissement de la vision binoculaire dans le traitement du strabisme. Thèse Bordeaux, 1901.

Gosse. — Traitement du strabisme. Thèse Bordeaux, 1899.

Guérin. — Mémoire sur l'étiologie générale du strabisme. *Gaz. méd.*, Paris, 1843.

Guillery. — L'amblyopie strabique. *Arch. of. opht.*, XXVII, p. 567.

Graefe (Alf.). — Graefe Soewichs Handbuch d. ger., *Augenh. Zweite auf*, Bd VIII, p. 112.

Graefe (A. von). — Contribution à l'histoire du strabisme. *Arch. opht.*, 1857.

Grelant. — Traitement du strabisme convergeant des hypermétropes par la cure mydriatique. *Journ. méd. Paris*, 1923.

Grimm. — Das central scotomeici Augeborener amblyopia und Schillamblyopie. Thèse Halle, 1906.

Gross. — Do strabismo.

Hansell. — A case of Temporary monoculaire amblyopia possibly due to embolus in the opht. scatle, 1909-1910.

Helie. — La vision des strabiques. Thèse Paris, 1841.

Hernheiser. — Sur la question de l'amblyopie *ex anopsia*. *Wah. f. Ther.*, Bd III, p. 41.

Herzau. — Amblyopie strabique et son traitement. *Klin. Monatbl. f. augenh.*, 90, 612-616, 1933.

Hesse. — Amblyopie strabique, *Arch. f. opht.*, 130, 375-383, 1933.

Hofe (von). — Recherches sur la vue dans les cas d'amblyopie par strabisme. *Klin. Monatsbl. f. augenh.*, 85, 79, juill. 1930.

Hoor. — Gieht es eine ambliopia *ex anopsia* als Folgezustand d. Schrielens. *Wien mediz. Wochensch.*, 1898.

Isler. — Etude sur les rapports du strabisme et de la réfraction. Thèse Zurich, 1880.

Javal. — De la neutralisation dans l'acte de la vision. *Ann. ocul.*, 1865.

— Etude ophtalmologique de Wecker, p. 198, 1866.

— Du strabisme dans ses applications à la théorie de la vision. Thèse Paris, 1868.

— Du strabisme. *Ann. ocul.*, 1871, t. 45 et 46.

— *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'opht.*, 1888, p. 112.

— Manuel du strabisme, 1846.

Jeandelize. — Dispositif pour combattre l'amblyopie *ex anopsia*. C. R. Soc. de biol., Paris, 1914, p. 898-900.

Jeanselme. — Manuel pratique des maladies des yeux. Paris, 1840.

Job. — Essais sur le strabisme. Thèse Strasbourg, 1842.

Kehr. — L'amblyopie *ex anopsia* et ses rapports avec le strabisme. Thèse Strasbourg, 1904.

Kleinn. — Giebt es eine ambliopie *ex anopsia*. *Wien. mediz. Wochensch.*, n° 20, p. 644, 1900.

Knapp. — *Annales d'oculistique*, 1864.

Lacroix (Rouen). — Soc. opht., Paris, 1924.

Lagrange. — Traitement du strabisme. Examen et contrôle de la vision binoculaire. Soc. méd. Bordeaux, 30 juin 1899.

— 10 cas de strabisme redressés par reculement et avancement musculaire. Soc. méd. et chir. Bordeaux, 25 mai 1894.

— Id., *ibid.*, 8 juin 1894.

— Id., *ibid.*, 11 mai 1900.

— Id., *ibid.*, 30 novembre 1900.

— Précis d'ophtalmologie.

Lagrange et Moreau. — De l'étiologie du strabisme, 1908.

— *Arch. ophtal.*, avril 1907, p. 209.

— De l'amblyopie strabique. *Bull. Ac. méd. Paris*, 1911.

Lagrange et Valude. — Article du strabisme. Encyclopédie française d'ophtalmologie, 1900, t. VIII.

Landolt. — Une étude du strabisme. *American Journal of opht.*, janv. 1923, p. 93.

— Comment venir en aide à certains amblyopes. *Arch. opht.*, Paris, 1923.

Lawrence. — Traité pratique des maladies des yeux. Traduit de l'anglais par Billard, Paris, 1830, p. 830.

Lewuillon. — Contribution à l'étude de l'amblyopie dans le strabisme convergent. *Ann. ocul.*, 1893.

Lichtwer (E. M.). — Contribution à la question de la vision chez les strabiques. Thèse Halle, 1903.

Lloyd (Ralph). — Etiologie du strabisme. *Arch. of opht.*, juin 1932, p. 934-935.

Luedde (W. H.). — Amblyopia *ex anopsia* and recovery of vision. *Ann. J. opht.*, Chicago, 1922.

Mc Coy (H. J.). — Strabismus and amblyopia. *J. Iowa M. soc.*, 19, 485-491, nov. 1929.

Mayor de Ballens. — Etude du strabisme. Thèse Montpellier, 1808.

Maggiore. — Sulla natura dell' ambliopia e suoi rapporti con la deviazione occulare nello strabismo concomitante : contributo alla etiologia dello strabismo. *Anal. di ottal., e clin. ocul.*, 56, 193-209, mars 1928.

Martin. — Diagnostic de l'amblyopie monoculaire. *Rec. opht.*, Paris, 1911.

Meyer. — Thèse Paris, 1863.

Meyer (Ed.). — Traité pratique des maladies des yeux.

Mendoza. — El tratamiento del estrabismo. *An. de oftal.*, Mexico, 1914-1915.

Morax (V.). — Manuel d'ophtalmologie, 3e éd., 1921, p. 668-669 et 743.

Morax. — Précis d'ophtalmologie, 1907.

Moreau (Alph.). — De l'amblyopie du strabisme. Thèse Bordeaux, 1910.

Moore (R. W.). — Sckiascopy as facteur in correction of strabismus. *Texas State J. M. Fort Wort*, 196.

Motais. — Notion générale sur le strabisme. In-8°, 1881.

Morton. — Congrès d'Amsterdam, 1929.

Müller (B.). — 785 cas d'amblyopie congénitale. Thèse Halle, 1906.

— Cas d'amblyopie sans changement ophtalmoscopique. Strabisme. *Ztschr. f. Augen.*, 75, 354-363.

Nuel. — Amblyopie par non-usage. Traité complet de Wecker et Landolt, t. III, p. 759, 1887.

Onfray. — Le strabisme. Paris, 1909.

— Les résultats du traitement orthopédique du strabisme. Limites et indications de l'éducation de la vision binoculaire. *Ann. ocul.*, Paris, 1920, p. 727-737.

— A propos du traitement du strabisme fonctionnel, du strabisme convergent. *Bull. méd.*, Paris, 1921.

— Vision binoculaire et correction esthétique dans le strabisme convergent. *Prat. méd. franç.*, Paris, 1924.

Ourgeaud. — Genèse des strabismes concomitants. *Mars. Méd.*, 1922, p. 310-313.

Panas. — Leçons sur le strabisme, 1873.

— Traité des maladies d'yeux, t. I.

— Leçons cliniques professées à l'Hôtel-Dieu, 1899.

— Pathogénie et traitement du strabisme. Acad. méd., 5 juill. 1898.

Parinaud. — Sur le strabisme. *Acad. des sciences*, nov. 1899.

— Considérations générales sur le strabisme. L'innervation de convergence. *Ann. ocul.*, sept. 1891.

— La vision, 1898.

— Le strabisme et son traitement, 1899.

Piérin. — Contribution à l'étude de l'amblyopie congénitale sans lésions apparentes à l'ophtalmoscope. Thèse Paris, 1877.

Parker (H. C.). — Convergent squint int's etiology and the necessity for its larly treatment, 1911.

Picot. — Rééducation spontanée d'un œil strabique amblyope chez une femme de 65 ans. *Bull. Soc. opht. Paris*, n° 9 *bis*, p. 636, déc. 1928.

Popescu (C.). — Traitement chirurgical du strabisme. Thèse Bucarest, 1913.

Poulard. — Amblyopie par strabisme. *Ann. d'ocul.*, 1921.

Posey (W. C.). — An unusual case of congenital squint. Tr. coll. phys. Philadelphie, 1913.

Rogmann. — Existe-t-il une amblyopie par anopsie ? *Ann. ocul.*, 1901.

Romiée. — De l'amblyopie dans le strabisme convergent. *Ann. Soc. méd. clin. Liége*, 1880.

Rössler. — Der Blinde Fleckin Schielenden. *Arch. f. opht. Berlin*, 1921.

Rowley. — Abhandlingen über die Voczüglichsten Angenkrankheiten, 1792.

Rüte. — Manuel d'ophtalmologie. T. II, p. 525.

Sachs. — Kaun schielen schwachsichtigkeit verursachen. *Wien. Klin. Wochensch.*, 1899.

Salomon. — L'amblyopie strabique. Thèse Bordeaux, 1906-1907.

Sattler. — Correction de l'amblyopie et rétablissement de la vision binoculaire chez les strabiques. *Zeits. f. Augen*, sept. 1927, p. 19.

Santos Fernandez. — Sobre la ambliopia por estrabismo. *Rev. cubana de oftal. Habana*, 1921, t. III.

Sauvineau. — Le strabisme. *Enc. franç. opht.*, t. VIII.

Schmidt-Rempler. — Augenheil Kimd und ophtalmoscopie, 1894.

Schnabel. — Kleine blitraege zur lehre von der Augenmuskel Laehremun gund zur lehre von Schielen. *Wien. Klin. Wah.*, 1898.

Schoen. — *Arch. für opht.*, Bd II, 185.

Schweiger. — Traité complet des maladies des yeux, 1873.

— *Wien. mediz. Wochensch*, 1873.

Schweiger. — Cité par Silex. *Deutsche mediz. Woch.*, 1900.

Slocum. — Four unusual cases of strabismus presented from the stand point of diagnosis. *J. Mich. Soc. grand Rapids*, 1914.

Steffan. — Expériences et études sur le strabisme. *Arch. of. opht.*, t. XXVIII, p. 545-553.

Swett. — Un cas de strabisme convergent et d'amblyopie. Résultats postopératoires exceptionnellement excellents. *Am. journ. opht.*, 17, 1934.

Terrien. — Les amblyopies strabiques. *Progrès médical*, déc. 1927, p. 201.

— Traitement adjuvant du strabisme, *Méd. prat. Paris*, 1911, p. 101-103.

— Manuel d'ophtalmologie, 1914.

— Traitement orthopédique du strabisme sans instrument ni prismes. *Ibid.*, 37-42.

Terson. — Soc. franç. opht., 1927.

Uhthoff. — L'amblyopie strabique. *Klin. Monats. f. Augen.*, avril 1927, 78, p. 453-478.

Valet. — L'acuité visuelle du strabisme. Thèse Paris, 1904-1905.

Velpeau. — Du strabisme, 1841.

Vialet. — Strabisme et acuité visuelle. *Arch. opht.*, 1890.

Vossius. — Lehrbuch der Augenheilkunde. 3e Aufl., p. 801.

Waardenburg. — Observations de strabisme et amblyopie chez les jumeaux. *Nederl. Tydsch. V. geneesk*, 1928.

Wecker. — Clinique ophtalmologique. Relevés statistiques. Thèse Paris, 1868.

Wecker et Landolt. — Traité complet d'ophtalmologie, t. I et III.

Weckert. — Lutte contre l'amblyopie strabique. *Klin. Monats. f. Augen.*, 1929, t. 82, p. 240.

Weller. — Traité des maladies d'yeux, 1832.

Wiegmann. — Gibt es eine amaurosis ex anopsia ? *Klin Monats. f. Augen.*, Stuttgard, 1924

Wilkuison. — Strabismus it's etiology and treatment. Saint-Louis, U. S. A., 1928.

Wolfe. — Applications pratiques de l'orthopédie et de l'exercice dans l'accommodation subnormale de l'amblyopie et du strabisme. Eye, Ear, Nose and Throat. *Monthley*, 1928.

Worth. — Squint : it's causes pathology and treatment. Londres, 1929.

— Discussion on the etiology diagnosis and treatment of convergent squint and heterophoria. *Brit. M. S. London*, 1911, p. 1166-1169.

19699. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.